



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
Centre Hospitalier d'HAZEBROUCK**

**1 rue de l'Hôpital  
59524 HAZEBROUCK**

**Septembre 2019**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	7
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT .....	8

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site Internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. L'additif au rapport de certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

Établi après une phase contradictoire avec l'établissement, l'additif au rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	
Adresse Département / région	1 rue de l'Hôpital 59524 Hazebrouck NORD / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	59078265	CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	1 rue de l'Hôpital 59524 Hazebrouck
Établissement principal	590000774	CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	1 rue de l'Hôpital 59524 Hazebrouck
Etablissement de santé	590025458	HAD DU CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	116 avenue jean bart BP 90209 59524 Hazebrouck

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Chirurgie	17	/	/
MCO	Gyneco Obstétrique	22	/	/
MCO	Médecine	49	3	14959
SSR	SSR	20	/	/

# DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations d'amélioration,

## 2. Décisions

### RECOMMANDATIONS D'AMELIORATION

- Parcours du patient
- Dossier patient
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Gestion des équipements et produits au domicile du patient

## 3. Suivi de la décision

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir au format V2020. La HAS ne manquera pas de vous informer des développements en cours de cette future version.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	OUI	<p>Les risques préalablement identifiés par l'établissement au moment de sa visite initiale témoignaient déjà d'une connaissance de ses propres risques. Les constats énoncés dans le rapport de certification ont permis à l'établissement de les confirmer et de les préciser.</p> <p>Ainsi, l'établissement a identifié, entre autres, les risques inhérents à la non-conformité de l'URC, à la traçabilité de l'autonomie du patient, au respect des règles de prescriptions, de préparation et de stockage des médicaments.</p>
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	<p>Les constats énoncés dans le rapport de certification ont été analysés par l'établissement et ont permis une analyse des causes et l'orientation des actions à engager.</p>
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	<p>Les niveaux de maîtrise des risques sont cohérents au regard des dispositifs de maîtrise énoncés.</p> <p>Les risques les moins bien maîtrisés font l'objet d'actions toujours en cours, et notamment d'actions relatives à l'évaluation des connaissances et pratiques des professionnels avant révision des procédures et sensibilisation.</p>

## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	<p>Le plan d'actions mis en place par l'établissement témoigne d'une réactivité face aux écarts soulevés par le rapport de certification depuis la transmission du pré-rapport de certification.</p> <p>Des actions finalisées ou des actions en cours sont mentionnées pour chacun des risques identifiés par l'établissement.</p>
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	OUI	<p>En cohérence avec leurs objectifs, les actions structurantes du système de management de la prise en charge médicamenteuse du patient ont été élaborées.</p> <p>Certaines actions ont visé la résolution immédiate des écarts constatés par la visite. Ainsi, on relève par exemple la mise en conformité des locaux de préparation des cytostatiques avec contrôle trimestriel de la qualité de l'air et réajustements le cas échéant ; l'intégration d'un critère spécifique sur l'autonomie du patient dans la gestion de son traitement dans le Dossier Patient Informatisé de l'établissement et la formalisation de la procédure de surveillance des PCEA et la formation des professionnels de chirurgie.</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	<p>La réalisation des actions définies s'est trouvée régulièrement échelonnée depuis la visite initiale.</p> <p>Toutes les actions encore en cours et non initiées ont une échéance prévue avant la fin 2019, à l'exception de l'informatisation du circuit du médicament en HAD (incluant la sensibilisation des médecins libéraux).</p> <p>Les actions prévues sont : la poursuite du plan de d'harmonisation des pratiques, notamment de préparation des médicaments injectables et la finalisation de l'organisation des rangements de la pharmacie (rangement en DCI des médicaments de la pharmacie).</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	<p>L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre de ces actions.</p> <p>Des pilotes sont déterminés pour chacune des actions définies ainsi que des modalités de suivi permettant de mesurer l'avancée des actions et leur efficacité.</p> <p>Aussi, plusieurs actions mises en place vont bénéficier, dans les prochains mois, d'évaluation d'efficacité comme : la mesure du le taux de conformité de préparation des injectables, le Taux de prescriptions informatisées en HAD...</p>

		L'établissement envisage également la mise en place d'un Quick-Audit régulier sur la prise en charge médicamenteuse dans les unités de soins.
--	--	---

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	NON	Le compte qualité ne contient aucune donnée ni indicateur élaboré au regard des sujets prioritaires identifiés par l'établissement suite au rapport de certification.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	PARTIELLEMENT	<p>Le compte qualité ne contient aucune donnée ni indicateur permettant de mesurer une amélioration.</p> <p>Néanmoins, des évaluations et indicateurs ont été tenus : quick audit sur la prise en charge médicamenteuse mené en avril 2019 sur, entre autres, les écarts constatés comme la traçabilité de l'autonomie, la séparation des insulines dans les réfrigérateurs... (84% de conformité) ; le suivi de la conformité des contrôles air de l'unité de reconstitution des cytostatique (ISO 7 en mars 2019).</p> <p>L'efficacité et la pérennité des actions menées devront être attestées par la communication du résultat des évaluations et audits annoncés dans le prochain compte qualité transmis.</p>